

ÉTUDE CRITIQUE
DU
DRAINAGE « A LA MIKULICZ »

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS

Moyens de remédier à ces derniers

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le vendredi 12 janvier 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Aloys BRENANS

Né à La Chapelle (Jura), le 24 avril 1870.



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

RUE DE LA BARRE, 12. -- F. PLAN, DIRECTEUR

Janvier 1894

ÉTUDE CRITIQUE
DU
DRAINAGE « A LA MIKULICZ »

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS
Moyens de remédier à ces derniers

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le vendredi 12 janvier 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Aloys BRENANS

Né à La Chapelle (Jura), le 24 avril 1870.



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

RUE DE LA BARRE, 12. -- F. PLAN, DIRECTEUR

—
Janvier 1894

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	{	OLLIER.
Clinique ophthalmologique		PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques		FOCHIER.
Clinique des Maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		MONOYER.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée		CAZENEUVE.
Anatomie		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie		TESTUT.
Pathologie interne		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		BERNE.
Médecine opératoire		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER
Médecine légale		POLLOSSON (Maurice)
Hygiène		ARLOING
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie.		ROLLET.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR-ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes LAROYENNE

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants. MM. WEILL, agrégé.
Accouchements POLLOSSON (Aug.), id.
Botanique. BEAUVISAGE, id.

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DEVIC.	MM. PERRET.	MM. ROQUE.
BEAUVISAGE.	DIDELOT.	POLLOSSON (Aug.).	ROUX.
CONDAMIN.	GANGOLPHE.	ROCHET.	VIALLETON.
COURMONT.	JABOULAY.	RODET.	WEILL.
DEROIDE.	LANNOIS.	ROLLET (Er.).	
	BOUVEAULT, chargé des fonctions d'agrégé.	id.	
	BARRAL,		

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LAROYENNE, Président; CONDAMIN, Assesseur; POLLOSSON (Aug.) et JABOULAY, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A TOUS MES PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

LE DOCTEUR BRENANS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LAROYENNE

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CONDAMIN

AVANT-PROPOS

Nous nous proposons dans ce travail d'étudier le drainage abdominal, dit « à la Mikulicz », et de donner un aperçu des nombreux avantages que présente cette méthode ainsi que de quelques inconvénients auxquels elle peut donner lieu. Nous essayerons de montrer qu'en modifiant parfois le procédé des chirurgiens allemands, on peut remédier à quelques points défectueux de la méthode, qui a du reste subi, entre les mains de divers chirurgiens également, quelques modifications. Dans ce travail, nous n'avons pas cru devoir restreindre cette étude au « Mikulicz » type, mais l'étendre aussi à certains drainages dérivés de la méthode précédente et qui méritent le nom de « Mikulicz » atypique ou incomplet.

C'est à M. le D^r Condamin, professeur agrégé à la Faculté, que nous devons l'idée première de notre travail. Nous noublierons pas avec quelle bienveillance ce maître nous a toujours accueilli, n'épargnant ni son temps, ni ses conseils pour nous permettre de mener à bien notre tâche. Qu'il nous soit donc

permis de lui en exprimer publiquement toute notre reconnaissance.

M. le professeur Laroyenne a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous l'en remercions vivement. Nous nous efforçons, dans ce travail, d'être l'interprète de ses idées et nous proposons, dans le but d'éviter certains dangers du « Mikulicz », un procédé de suture qui lui est personnel.

Nous avons gardé de notre temps d'internat à l'hôpital civil de Constantine le meilleur des souvenirs ; aussi nous tenons à exprimer toute notre gratitude à nos maîtres de cet hôpital pour la bienveillance dont ils n'ont jamais cessé de faire preuve à notre égard. Nous devons à M. le Dr Leroy, notre ancien chef de service, des remerciements tout spéciaux pour l'intérêt qu'il nous a toujours porté.

Nous diviserons ce travail en quatre chapitres. Dans le premier, nous ferons un court historique du drainage péritonéal.

Dans le second, nous passerons en revue les avantages et les indications du drainage selon le procédé de Mikulicz.

Le troisième chapitre sera consacré à l'étude des inconvénients de cette méthode.

Enfin, dans une quatrième partie, nous traiterons des moyens de remédier à ces différents inconvénients.

ÉTUDE CRITIQUE
DU
DRAINAGE ((A LA MIKULICZ))

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS
Moyens de remédier à ces derniers

CHAPITRE PREMIER

Historique du drainage péritonéal.

Les gynécologistes ayant remarqué qu'après les laparotomies le cul-de-sac de Douglas devenait parfois le siège d'un épanchement qu'il était nécessaire d'évacuer par des ponctions vaginales ou rectales (Spencer Wells, Keith), l'idée devait naturellement se présenter de faire un drainage préventif pour éviter ces épanchements.

C'est Peasle (1), dans son livre sur les tumeurs de l'ovaire (1855), qui le premier en fixa l'emploi dans les

(1) PEASLE. *Ovarian tumors*, p. 509.

cas où les sécrétions sont à redouter ; il se servait d'une sonde élastique pénétrant dans le cul-de-sac de Douglas et sortant par le vagin. Kœberlé (1), en 1867, fit le drainage par la plaie abdominale et se servit du tube de verre qui porte son nom et qui fut adopté avec de légères modifications par Spencer Wells, Keith, Atlée et d'autres. Les deux voies du drainage péritonéal étaient dès lors tracées ; mais jusqu'en 1872 le drainage préventif, après les laparotomies, n'était employé que dans des cas particuliers et relativement rares.

C'est en 1872 que Marion Sims (2) voulut généraliser l'emploi du drainage péritonéal au moyen de son tube en gomme durcie. Ayant constaté que presque toutes les morts après laparotomie étaient dues à la septicémie et qu'on trouvait alors un exsudat altéré dans le péritoine, il conseilla de ponctionner le cul-de-sac de Douglas et de drainer par le vagin dans tous les cas de laparotomie, afin de donner issue aux liquides exsudés et d'empêcher leur altération. Sims fit un grand nombre de prosélytes en Allemagne. La plupart des chirurgiens de ce pays se déclarèrent partisans du drainage préventif, entre autres Nussbaum (3) et Olshausen (4) pour ne citer que les plus célèbres.

L'enthousiasme ne fut pas de longue durée. La pratique de l'antisepsie et la technique s'étant rapi-

(1) HÖBERLE. *Gaz. des hôpitaux*, 1867.

(2) MARION SIMS. *On ovariectomy*, 1873.

(3) NUSSBAUM. *Bayrisches ärztliches intelligentsblatt*, 1874, n° 3.

(4) OLSHAUSEN. *Berlin. Klinisch. Wochenschrift*, 1876, 10 et 11.

dement perfectionnées, on ne tarda pas à remarquer, d'un part, que le drainage vaginal ne remplissait pas toujours son but, d'autre part, que les liquides exsudés par le péritoine n'étaient pas dangereux tant qu'ils étaient aseptiques. On en vint à se demander si le drainage n'était pas une complication inutile et même si les drains en laissant la porte ouverte à l'infection n'étaient pas quelquefois plus dangereux qu'utiles. Le drainage préventif fut abandonné par ses plus chauds partisans (1).

Cette tendance à restreindre l'emploi du drainage s'accroissait de plus en plus. Avec les progrès de l'antisepsie, ses indications devenaient plus rares, quand on vit « avec étonnement » (2) (Bardenheuer) (3) se faire le champion du drainage préventif au moyen d'un filet de catgut destiné à isoler le cul-de-sac recto-vaginal. Après l'avoir employé avec succès dans les cas d'hystérectomie, il en fit usage et le conseilla à la suite de toutes les opérations portant sur le péritoine. En 1882, A. Martin (4) lui répondit en s'attachant à réfuter ses arguments.

Mais tous les procédés jusque-là employés avaient, malgré leur diversité, ceci de commun : c'est qu'ils ne mettaient à profit, pour l'évacuation des liquides,

(1) OLSHAUSEN. *Samml. Klinisch. Vorträge v. R. Volkmann*, n° 111, 1877.

(2) C'est A. MARTIN qui s'exprime ainsi : « Die drainage bei peritonealen operationen. *Samml. ». (Klin. Vorträge v. R. Volkmann*, n° 249, 1882.)

(3) BARDENHEUER. *Zur Frage der Drainirung der Peritonealhöhle*, 1879. *Die Drainirung der Peritonealhöhle*, 1881 et *Centr. f. Gyn.*, 1881, n° 22.

(4) A. MARTIN. *Loc. cit.*

que la *vis à tergo* sollicitée à la fois par la pesanteur, par la compression externe et par la pression intra-abdominale; aussi rien ne semblait devoir arrêter la tendance générale à restreindre l'emploi du drainage quand Lawson-Tait, l'un des premiers, comprenant fort bien l'insuffisance de cette *vis à tergo* y joignit la *vis à fronte*, l'aspiration pratiquée par le tube toutes les 3 heures. Mais la première idée d'utiliser constamment une force aspiratrice naturelle pour le drainage appartient à Hegar. La mention de son procédé a été d'abord faite par Kaltenbach, en septembre 1881, au congrès de Salzburg (1), puis l'année suivante par Hegar lui-même (2). Wiedow (3) y est revenu en 1884. Hegar se servait (à ce moment) de tubes de verre ou de gomme durcie de 3 à 5 centimètres de largeur sur 18 centimètres de longueur, qu'il introduisait soit par la plaie abdominale, soit par le vagin, dans le cul-de-sac de Douglas; il les remplissait dans ses premiers essais de ouate phéniquée à laquelle il substitua plus tard la gaze iodoformée. Cette substance absorbante était destinée par sa capillarité à pomper pour ainsi dire les liquides sécrétés. On la renouvelait le premier jour toutes les heures, plus tard toutes les 2 heures et enfin toutes les 4 heures. Hegar a depuis un certain temps abandonné ce « spéculum abdominal » pour s'en tenir à la gaze iodoformée introduite directement dans le péritoine.

(1) KALTENBACH. *Tageblatt der naturforscher Versammlung zu Salzburg*, septembre 1881.

(2) HEGAR. *Centr. f. Gynäk.*, 1882, n° 7.

(3) W. WIEDOW. « Die Drainage der Bauchhöhle und das Bauchspeculum ». (*Berliner Klin. Wochenschrift*, n° 39, 1884.)

C'est Kehrer (1) qui bientôt après a formulé d'une façon précise les avantages de la capillarité appliquée au drainage péritonéal. Il proposa l'emploi de mèches de coton de la grosseur du petit doigt, analogues à celles qui servent pour les lampes à alcool, mèches désinfectées par la cuisson dans la solution phéniquée à 5 %. Actuellement, on emploie de préférence, pour désinfecter la mèche, l'immersion dans l'éther iodoformé suivie de dessiccation. Kehrer employa ce mode de drainage, en le combinant avec l'emploi d'un tube de caoutchouc, dans un cas d'énucléation d'un kyste intra-ligamenteux. Une triple mèche fut placée dans le ventre, un des chefs dans le cul-de-sac de Douglas, les deux autres latéralement; les extrémités libres, reliées à un tube de 1 centimètre de diamètre et de 6 centimètres de longueur, ressortaient par la partie inférieure de la plaie abdominale et plongeaient dans un pansement de Lister. On retira mèches et tubes au bout de 22 heures; guérison. Kehrer propose, dans le même travail, de se servir pour introduire et changer la mèche intra-péritonéale, d'une double canule analogue à celle de la trachéotomie.

Depuis le travail de Kehrer, l'usage des mèches antiseptiques, phéniquées ou iodoformées, s'est beaucoup répandu en Allemagne, soit pour la gynécologie, soit pour la chirurgie générale. Breisky s'en est servi pour faire le drainage après l'extirpation totale par le vagin de l'utérus cancéreux. Billroth,

(1) KEHRER « Kapillardrainage der Bauchhöhle ». (*Centr. f. Gynæk.*, janvier 1882, n° 3.)

après les avoir longtemps employées à divers usages, les a délaissées pour s'en tenir aux lanières de gaze iodoformée. Pourtant, les mèches reprirent ensuite une faveur toute nouvelle. En 1887 Gersuny (1) proclame leur supériorité absorbante sur la gaze, et Chroback (2) s'est efforcé de la démontrer par des expériences comparatives; il les a employées pour le drainage après l'ovariotomie et l'hystérectomie sus-vaginale.

Toutefois, des opérateurs de la valeur de Hegar, Mikulicz, etc., déclarèrent que le pouvoir absorbant de la gaze est parfaitement suffisant; de plus, il y a tout intérêt à ne pas compliquer sans utilité évidente le matériel des objets de pansement.

Nous arrivons enfin, par une gradation incessante, à la méthode du tamponnement antiseptique du péritoine. Certes, c'est une idée hardie que de bourrer une partie de la cavité péritonéale avec des « tentes » antiseptiques, de façon à isoler du reste de la séreuse la partie tamponnée, durant les premières heures par le rempart seul que forme l'agent du tamponnement, ultérieurement par les adhérences limitatrices qu'il provoque à sa périphérie. Une pareille audace, certainement, a été d'abord inspirée par le succès des tamponnements des plaies substitué au drainage, selon les procédés de Kocher et de Bergmann (3).

(1) GERSUNY. *Centralbl. f. Chirurg.*, n° 31, 1887.

(2) CHROBACK. *Centralbl. f. Gynäk.*, n° 1, 1888.

(3) F. BRAMANN. « Ueber Wundbehandlung mit Iodoformtampnade ». (*Arch. f. Klin. Chir.*, 1887, Bd. XXXVI, p. 72.)

Comme transition immédiate, en gynécologie, Hegar (1) employa, pour l'ouverture de certaines suppurations du petit bassin, un procédé identique à celui que Volkmann appliquait aux collections hépatiques. Enfin, le tamponnement proprement dit du péritoine a été préconisé par Mikulicz (2). Il a été employé en Allemagne et en Amérique (3) ; en France c'est Pozzi (4) qui l'a le premier décrit et appliqué.

Technique du tamponnement de Mikulicz. — Cet opérateur conseille d'abord de placer au fond de la cavité qu'on désire tamponner une sorte de bourse faite en y enfonçant un morceau de gaze iodoformée à 20 %. On a pris soin préalablement de fixer au milieu de cette pièce de gaze un double fil de soie antiseptique, qui permettra plus tard de la retirer plus facilement. Ces fils sortent à l'extérieur par l'ouverture de la bourse qui, lorsqu'elle est en place, est plissée comme une blague à tabac. Pour ne pas perdre de temps, on doit la confectionner avant l'opération et la conserver dans une solution antiseptique. Une fois la bourse placée, on y introduit deux à cinq

(1) WIEDOW. « Operat. Behand. der Genitaltuberculose ». (*Central. für Gynæk.*, sept. 1885, p. 561.)

(2) MIKULICZ. « Ueber die Ausschaltung todter Raume aus der Peritonealhöhle mit besonderer Rücksicht auf die Extirpation der aus Beckenhöhle ausgehenden Geschwülste ». (*Verhandl. der deutsch. Gesellschaft f. Chir.*, Berlin, 1886.)

(3) CHRISTIAN FENGER. « The operative treatment of retro-peritoneal cysts in connection with Mikulicz's meth. of drainage ». (*The Amer. Journ. f. Obstet.*, juillet 1887.)

(4) POZZI. « Drainage capillaire et tamponnement antiseptique du péritoine ». (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 29 février 1888.)

longues lanières de gaze iodoformée qu'on tasse soigneusement sur toute la surface de la cavité. Leur extrémité supérieure dépasse le col de la bourse et sort en même temps par l'extrémité cutanée de la plaie abdominale.

Il faut n'employer que de la gaze iodoformée débarrassée par le battage de tout excès d'iodoforme pulvérulent. Pozzi a en effet observé une fois des signes d'intoxication iodoformée légère, et Mikulicz l'a également notée dans une de ses observations.

Mikulicz recommande de ne retirer les bandelettes intérieures qu'après 48 heures et de n'enlever le sac lui-même que deux ou trois jours plus tard. C'est sur l'abondance du suintement et sur l'état des parties tamponnées qu'on se guidera. Il ne faut pas en tout cas, d'après Mikulicz, enlever le sac avant le cinquième jour, de façon à laisser aux adhérences périphériques le temps de se consolider et d'être à l'abri d'une déchirure.

Pour procéder à l'enlèvement des bandes de gaze, on retire d'abord les plus superficielles, puis les plus profondes. Sans cela on s'exposerait à des tiraillements fâcheux. A ce propos, mentionnons l'idée de Gluck (1) qui, dans le but de remédier à ce danger a proposé de faire le tamponnement avec des matériaux absorbables, pelotons de catgut, etc. C'est, croyons-nous, une vue plutôt théorique, sans application pratique sérieuse.

(1) GLUCK. « Ueber resorbirbare antisept. Tamponade ». (*Deutsche med. Woch.*, 1888, n° 39, p. 871.)

Le tamponnement intérieur doit être généralement respecté un temps assez long pour qu'une péritonite plastique aseptique ait le temps de se former autour de lui et de le circoncrire ; aussi le pansement extérieur s'imbibe-t-il très rapidement de la sérosité sanguinolente que sécrète le fond de la plaie, et que lui transmet le tampon par drainage capillaire.

CHAPITRE II

Avantages et indications du tamponnement de Mikulicz.

La clinique et les recherches expérimentales démontrent surabondamment combien il est important de dessécher complètement la cavité péritonéale (Kœberlé, Hegar). Les opérateurs qui ont obtenu les meilleurs résultats sont ceux qui, volontairement ou non, s'appliquaient à faire une soigneuse toilette du péritoine, afin de débarrasser cette cavité séreuse de toutes les substances putrescibles qui pourraient y être accumulées, et d'obtenir une hémostase parfaite. Les belles expériences de Wegener nous ont appris que les liquides organiques mêlés à des germes (air non désinfecté) ne subissent en aucun point du corps une fermentation aussi rapide que dans la cavité abdominale.

Grâce à la facilité avec laquelle les liquides se résorbent, il se produit une altération rapide du sang

et de la septicémie. Nous ne pouvons fermer avec sécurité la paroi abdominale que si nous avons réussi à la dessécher complètement, retiré les liquides qui pouvaient nourrir les germes, et détruit les causes de la septicémie. Il est très dangereux de croire, comme l'on fait Olshausen et Nussbaum, que l'application de la méthode antiseptique nous permet d'être moins scrupuleux à propos de la toilette du péritoine. Il faut veiller avec un grand soin à éloigner les substances chargées de germes et à provoquer l'issue de matières susceptibles de se corrompre.

Malheureusement, il n'est pas toujours possible de dessécher complètement et de bien nettoyer la cavité péritonéale. L'hémostase absolue est parfois impossible; le sang continue à suinter au niveau des points où existaient des adhérences entre une tumeur et la paroi abdominale ou l'intestin; ou bien il vient des vaisseaux situés dans le tissu cellulaire qui a été déchiré pendant l'opération.

On voit suinter à la surface du péritoine irrité des liquides séro-sanguinolents; on ne réussit pas à débarrasser les intestins et la séreuse pariétale des masses gluantes et épaisses qui, venues d'un kyste de l'ovaire, par exemple, les recouvrent. Ajoutons enfin que certaines opérations, comme l'ablation d'une volumineuse tumeur, modifient tellement les conditions de la pression intra-abdominale, qu'on voit presque dans tous les cas se produire pendant les premières heures un suintement et une accumulation de sang dans la séreuse péritonéale.

Mais laissés à eux-mêmes, que deviennent ces liquides?

Tantôt ils se résorbent sans donner lieu à aucun accident, tantôt on voit se produire de la septicémie. On ne connaît que d'une manière vague les causes qui favorisent la résorption ou la putréfaction. Avant la découverte d'une méthode de drainage péritonéal innocente et réellement active, il sera souvent très difficile d'affirmer si dans un cas donné il vaut mieux fermer la cavité abdominale en comptant sur la résorption, ou bien lutter contre la putréfaction en créant une libre issue aux produits sécrétés. Examinons les dangers que présente la rétention de substances corrompibles ; de ces faits découleront les indications du drainage.

Il semble que la production de la putréfaction dépende :

A. — De la quantité et de l'importance des substances putrescibles ou septiques qui, pendant l'opération, pénètrent dans la cavité abdominale.

B. — De la quantité et de la qualité des liquides qui, après l'opération, sont retenus dans la séreuse péritonéale.

C. — Du pouvoir résorbant du péritoine.

A. — Il faut tenir compte de la quantité et de la nature des liquides putrescibles ou septiques qui pénètrent pendant l'opération dans la cavité abdominale. La méthode antiseptique nous permet de lutter avec assez de succès contre la pénétration des germes ou des substances septiques pour que l'apparition de la septicémie devienne souvent invraisemblable. Cependant, il ne faudrait pas sur ce point se tenir

dans une trop grande sécurité; nous ne pouvons jamais être certains d'avoir tué tous les germes dangereux. Mais ce résultat fût-il obtenu, n'oublions pas que les substances septiques peuvent provenir du canal intestinal, lorsque les parois de cet organe sont lésées. Si quelques opérateurs des plus éminents (1) considèrent le drainage comme inutile le plus souvent, il faut attribuer leur opinion aux soins qu'ils apportent à la toilette du péritoine et à l'hémostase.

B. — Il faut tenir compte de la quantité et de la nature des liquides qui, après l'opération, sont retenus dans la cavité péritonéale. Il est certain que le sang pur est sans danger. Mais il est rare qu'il en soit ainsi. Le plus souvent le sang est mêlé à des matières contenues dans une tumeur, au pus d'un foyer septique, à des produits sécrétés par la plaie et putrescibles au plus haut degré. Nous pouvons, d'une manière générale, dire que la présence du sang favorise la décomposition de ces liquides et qu'il en accroît le danger.

Il semble qu'il ne faut pas négliger la quantité des liquides épanchés. Si, en effet, elle est peu considérable, ils peuvent, malgré la présence de germes, se résorber avant que la putréfaction ait commencé. C'est ainsi qu'on a pu injecter impunément à des animaux de petites quantités de liquides déjà altérés, tandis que la mort survenait dès que ces quantités devenaient plus considérables.

C. — Le pouvoir résorbant du péritoine est-il in-

(1) Voir plus loin, p. 40 et suivantes.

tact ? C'est là un point qui n'est pas sans importance, ainsi qu'on a pu le voir par les lignes précédentes. Or, ce pouvoir résorbant du péritoine semble dépendre du degré d'élévation de la pression intra-abdominale et des mouvements péristaltiques de l'intestin. Il devient plus faible lorsque la pression intra-abdominale s'abaisse fortement, après l'ablation d'une grosse tumeur abdominale, ou lorsque les intestins, après être restés longtemps exposés à l'air et s'être refroidis, se sont paralysés. Ce sont là des conditions qui, d'autre part, favorisent la production d'une exsudation à la surface du péritoine. Nous devons ajouter que l'état général de la nutrition a une grande influence sur le pouvoir résorbant de la séreuse abdominale.

Les expériences déjà anciennes de Gluge et Thiernesse (1845) et les observations de transfusion intrapéritonéale chez l'homme (1) prouvent que si la séreuse est à peu près intacte, le sang sera très vite résorbé. Par contre, à n'en pas douter, chez les individus anémiés, affaiblis, il est presque impossible qu'il n'y ait pas un trouble dans le rapport entre le pouvoir absorbant et le pouvoir exsudant du péritoine. D'autre part, les processus inflammatoires anciens et chroniques, qui donnent lieu à l'épaississement du péritoine ou à des adhérences étendues et serrées, paraissent avoir plus d'action que les inflammations récentes sur le pouvoir absorbant de cette

(1) EDLER. « Die traumat. Verletzungen der parenchym. Unterleibsorgane ». (*Archiv. f. Klin. chirurg.*, p. 198, 1886.)

séreuse. La situation devient très défavorable quand auparavant le péritoine a été rempli par du pus ou une masse gluante et épaisse, provenant par exemple d'un kyste rompu prématurément.

Dans ces conditions, quelle méthode de drainage faut-il préférer? Bardenheuer (1) avait déjà constaté l'insuffisance des tubes. Mikulicz, Lœbker leur ont reproché de ne pas assurer l'écoulement des liquides, reproche dont le bien fondé a été justifié par les expériences de M. Delbet (2) qui ont amené cet auteur à conclure que :

1° Le fonctionnement des tubes à drainage est très aléatoire. Les anses intestinales en se mettant au contact de leurs orifices peuvent empêcher les liquides d'y pénétrer.

2° Ces tubes peuvent en outre être oblitérés par des coagulations fibrineuses. Ces faits ont déjà été constatés en clinique, et Polk (3) a même rapporté un fait où il s'était produit une véritable hernie de l'intestin par les orifices latéraux d'un tube à drainage. Le même fait s'est produit dans un cas d'Hegar, mais ce chirurgien se servait de tubes énormes de 3 à 5 centimètres de diamètre. Les expériences de M. Delbet montrent encore que lorsqu'on place un drain il faut se méfier de l'épiploon. Celui-ci en s'enroulant autour du tube peut le rendre complète-

(1) BARDENHEUER. *Loc. cit.*

(2) DELBET. « Expériences et réflexions sur le drainage du péritoine. » (*Ann. de gynécol.*, 1890, p. 33)

(3) POLK. Soc. obs. of New-York, *Am. J. of obst.*, 1885. Discussion à la suite d'une communication de Næggerath.

ment inutile. Le danger est réel, ainsi que le prouve le cas de Hunter. Ce chirurgien a présenté à la Société obstétricale de New-York, le 17 novembre 1885, un tube de verre dont le quart inférieur était obstrué par l'épiploon qui, après avoir enveloppé le tube, avait pénétré dans son intérieur par les perforations latérales.

Donc, si la pression intra-abdominale pendant les premières heures de l'application des tubes est notablement supérieure à la pression atmosphérique, les anses antestinales viennent se presser autour du tube et oblitérer partiellement ou complètement son ou ses orifices. Si au contraire la pression intra-abdominale est très faible, comme cela doit arriver souvent, car les malades immobilisent leur diaphragme pour respirer d'après le type costo-supérieur, il n'y a aucune raison pour que le liquide s'écoule contre la pesanteur. En somme, pendant les premières heures, les tubes fonctionnent mal ou pas du tout, à moins qu'on ne l'introduise par le vagin, selon la méthode de Peasle, A. Martin, Bantock, Tait et Keith ; mais il y a alors à craindre la possibilité de l'infection par la cavité vaginale, difficilement rendue aseptique.

Au bout de 48 heures, ces tubes sont déjà entourés d'adhérences, ainsi que l'ont fait voir divers expérimentateurs, tels que Heinrichius (1), Lœbker (2) et Delbet (3). M. Thomson (4) a constaté que des corps

(1) HEINRICIUS. « On der profylaktiska drainagen of peritonealhälan vid ovariectomie ». (*Finska läkare sällskhandl*, t. XXVIII, 1886.)

(2) LÖBKER. *Arch. f. Gynæk.*, t. XIV.

(3) DELBET. *Loc. cit.*

(4) THOMSON. *Cent. f. Gynæk.*, 1891, n° 5.

étrangers même stériles, à condition qu'ils aient un certain volume et qu'ils soient capables de déterminer une irritation assez intense, provoquent la formation d'adhérences dans la cavité abdominale. La formation de ces adhérences est peut-être la raison de l'efficacité du drain dans certains cas, en isolant les points suspects, en localisant parfois le danger en dehors de la grande cavité séreuse, en rendant la lutte extra-péritonéale ; mais il n'en est pas moins vrai que par le fait même de ces adhérences les drains en tube manquent le plus souvent leur but, qui est de permettre l'évacuation des liquides exsudés dans la grande cavité péritonéale.

Or les drains capillaires (mèches de gaze ou de coton) échappent à ces dangers d'oblitération des tubes et à l'insuffisance de la *vis à tergo* qui, comme nous l'avons vu, est seule mise à profit pour l'évacuation des liquides par ce procédé.

Mikulicz conseille d'employer sa méthode dans les cas où il reste un vaste clapier, un espace mort (*totter Raum*) dont les bords ne peuvent pas être suturés. Son principal but c'est d'isoler ce vaste clapier, de le rendre extra-péritonéal. Il veut obtenir, par la production des adhérences, qui ne tardent pas à entourer le sac de gaze, et qui, dans ce cas, ne présentent plus les mêmes inconvénients que pour les tubes, ce qu'on obtient, dans les cas où cela est possible, en suturant les bords du clapier, c'est-à-dire la séparation du foyer d'infection d'avec la grande cavité péritonéale ; mais la méthode a d'autres avantages, et voici comment Mikulicz les expose :

1° Le sac de gaze iodoformée sert de tampon hémostatique ;

2° Il draine la plaie pelvienne d'une manière simple et parfaite en utilisant la force capillaire ;

3° Le tampon de gaze iodoformée maintient la cavité aseptique et protège le péritoine contre cette source d'infection ;

4° Dans les cas où l'on ne peut pas former un sac avec les enveloppes ou le revêtement péritonéal de la tumeur, le tamponnement isole la plaie pelvienne de la cavité péritonéale. En tant que corps étranger, il détermine partout où le péritoine est normal des adhérences qui forment, en très peu de temps, un sac fermé autour de la bourse de gaze. En somme, la bourse de gaze iodoformée de Mikulicz représente à la fois un drainage capillaire et un tamponnement hémostatique, antiseptique et isolateur.

On voit donc que la méthode de Mikulicz diffère assez notablement du simple drainage capillaire, puisqu'elle a pour but non seulement d'évacuer les liquides, mais encore de faire l'hémostase, d'agir comme antiseptique et de produire des adhérences. On voit de plus, que le seul mode de drainage qui permette l'écoulement des liquides sécrétés pendant les premières heures qui suivent l'opération, c'est le drainage capillaire.

Mais on pourrait se demander si l'iodoforme, introduit ainsi au contact du péritoine, ne pourrait pas avoir une influence nuisible sur la vitalité de cette séreuse. Cette idée a conduit MM. Delbet et

Grandmaison (1) à étudier l'action de l'iodoforme sur l'endothélium péritonéal ; et voici le résultat de leurs expériences :

Deux chiens de petites taille ont reçu chacun 0,50 centigr. de poudre d'iodoforme dans la cavité abdominale. Ils ont été sacrifiés au bout de quatre et neuf jours : ni chez l'un ni chez l'autre il n'existait d'épanchement. Le péritoine et l'intestin avaient leur aspect normal, sauf, chez l'un de ces animaux, une petite adhérence large comme une lentille entre l'épiploon et une anse intestinale. En détachant cette anse encore molle, ces auteurs ont trouvé dans son épaisseur quelques grains d'iodoforme. L'examen microscopique de quelques fragments de mésentère recueillis chez ces animaux n'a révélé aucune altération des cellules endothéliales.

De ces expériences, on peut donc conclure à l'innocuité absolue de l'iodoforme laissé à demeure dans la cavité péritonéale, en dehors naturellement des accidents d'intoxication par l'iodoforme, si celui-ci a été introduit en trop grande quantité.

En Amérique, l'insuffisance habituelle de la toilette du péritoine a entraîné l'emploi fréquent du drainage. On a fait quelquefois le parallèle du drainage avec les différents procédés de toilette du péritoine, particulièrement avec le lavage. Nous ne savons pas s'il est très juste de comparer le lavage avec le drainage. Ces deux procédés ont chacun des indications

(1) DELBET et GRANDMAISON. « De l'action des antiseptiques sur le péritoine ». (*Ann. de gynécologie*, janv., févr. et mars 1891.)

spéciales; quelquefois il est indiqué de les employer tous deux; cependant il y a des cas où ils peuvent en quelque sorte se compenser, où la perfection de la toilette péritonéale obtenue ou non par le lavage peut dispenser ou non du drainage, où son insuffisance peut le rendre nécessaire. Mais il est juste de remarquer que de nos jours on tend à restreindre le plus possible les indications du lavage, qui présente de réels dangers, et à le remplacer par un nettoyage sérieux au moyen d'éponges aseptiques.

Depuis qu'on n'admet plus universellement que le drainage soit le complément nécessaire de toute opération intéressant le péritoine, bien des chirurgiens ont essayé de préciser les cas dans lesquels on doit l'employer. Nous citerons par ordre de date, Martin (1), Wiedow (2), Hunter, Wylie, Lee, Emmet, Skene, Coe (3), Tait (4), Munde (5), J. Price (6), Pozzi (7), Quénu (8), Lande (9), etc.

Nous allons successivement étudier toutes les indications qui ont été formulées par les différents chirurgiens.

(1) MARTIN. « Die drainage bei peritonealen operationen ». (*Samml. Klin. Vorträge v. R. Volkmann*, n° 219, 1882.)

(2) WIEDOW. *Berlin. Klin. Wochensch.*, 1884, n° 39.

(3) Discussion de la Société obstétricale de New-York, 20 avril 1886. Résumée dans l'*Am. J. of obstet.*, 1886.

(4) L. TAIT. *Brit. Gynæk. Journ.*, août 1887.

(5) P.-F. MUNDE. « Drainage after laparotomy ». (*Am. Gyn. Society*, septembre 1887, *Am. J. of obstet.*, 1888.)

(6) J. PRICE. *Am. J. of obstet.*, 1888.

(7) POZZI. *Loc. cit.*

(8) QUÉNU. *Bullet. et mém. de la Société de chir.*, 8 mai 1889.

(9) LANDE. *Arch. f. Gynæk.*, Bd. XXXVI, Hft. 2.

1° *Durée de l'opération.* — Cette indication reconnue par Wiedow ne nous paraît pas nette. Que le drainage soit souvent indiqué après les opérations de longue durée, cela est possible ; car si l'opération est longue, c'est qu'il y a généralement des adhérences étendues. Mais ce sont alors les surfaces saignantes des adhérences déchirées qui réclament le drainage et non pas la durée elle-même de l'opération. Cette durée peut devenir une indication du lavage ; mais nous ne croyons pas qu'elle puisse être en elle-même une indication du drainage.

2° *Adhérences étendues.* — Beaucoup de chirurgiens considèrent les adhérences très étendues comme une indication nette du drainage. Il est difficile d'être précis sur ce sujet. Les diverses variétés d'adhérences ne sont pas comparables entre elles. Les adhérences étendues mais lâches et peu vasculaires qu'on retire sans les lier, et qui déchirées ne donnent pas de sang, peuvent à la rigueur se passer de drainage. Si au contraire il s'agit d'adhérences étroites et vasculaires qui laissent à leur place une véritable plaie saignante, le drainage simple est insuffisant ; c'est au tamponnement qu'il faut recourir.

3° *Hémorrhagies.* — Il n'est question ici que des hémorrhagies en nappe, qui se font par des capillaires ou par des petits vaisseaux qu'on ne peut lier. Dans les cas de ce genre, on a recours pendant l'opération à la compression, aux lavages chauds dont l'efficacité est douteuse, au fer rouge, qui est habituellement suffisant. Mais lorsqu'on a épuisé sans succès tous

ces moyens, lorsque malgré les cautérisations répétées et bien faites, on n'a pas obtenu une hémostase satisfaisante, que faut-il faire? Nous avons étudié précédemment les dangers de la présence de ce sang au contact du péritoine. La surface saignante produite par la déchirure des adhérences occupe dans la majorité des cas le cul-de-sac de Douglas ou ses environs, c'est-à-dire la partie la plus déclive de la cavité péritonéale. Le sang va donc rester à l'endroit même où il est versé, au contact des tissus altérés, qui, bien loin de le résorber, n'auront d'autre tendance que celle d'en verser davantage.

Dans ce cas-là, il ne faut donc pas se contenter de refermer le ventre. Mais le drainage au moyen d'un simple tube suffit-il? Évidemment non; car il aurait d'abord pour effet de supprimer la pression abdominale, puisqu'en somme le drain représente un orifice qui met l'abdomen en libre communication avec la pression atmosphérique. En supprimant cette pression abdominale, on rendrait plus facile et plus probable la continuation de l'hémorrhagie. Si par hasard il permettait au sang de s'écouler, il générerait la formation du caillot qui aurait pu obstruer les petits vaisseaux. C'est donc pour ces deux raisons que le simple drainage nous paraît dans ces cas plus dangereux qu'utile. A plus forte raison, faut-il regretter l'usage du tube employé uniquement pour révéler les hémorrhagies qui pourraient se produire après les laparotomies (1).

(1) WYLIE. Discussion qui a suivi la communication de Munde « Drainage after laparotomy » à l'American Gyn. Society, 7 septembre 1887.

Dans le cas que nous envisageons, l'indication, c'est bien plutôt de produire l'hémostase que de donner issue au sang versé. Et pour répondre à ces deux indications, il n'y a rien de meilleur que le tamponnement antiseptique à la gaze iodoformée avec le sac de Mikulicz.

4° *Déchirures ou pertes de substance du péritoine.*
— Les déchirures ou les résections du péritoine pariétal n'ont pas la gravité qu'on leur attribuait autrefois. Lawson Tait avait déjà remarqué qu'on pouvait enlever des lambeaux étendus sans que la guérison fût troublée. Mais c'est surtout aux recherches qui ont été faites à propos des fibromes de la paroi abdominale antérieure que nous sommes redevables de connaissances précises sur ce sujet. Sklifossowski (1), Sænger (2) ont montré qu'après la résection de portions étendues du péritoine pariétal la guérison pouvait se faire sans troubles, au moins sans troubles apparents. Car il est bien certain que les anses intestinales viennent s'accoler à la plaie péritonéale, et que, dans ces cas, la guérison n'est obtenue qu'au prix d'adhérences étendues, ce qui n'est pas un mince inconvénient. Aussi faut-il, lorsque le péritoine a été déchiré ou réséqué, faire tous ses efforts pour combler la déchirure ou la perte de substance. Lorsqu'il s'agit d'une déchirure, rien n'est plus simple que de la suturer; lorsqu'il s'agit

(1) SKLIFOSSOWSKI. « Des blessures du péritoine ». (*Voïenno-Méditsinski Journal*, 1887, n° 7. — *Vratch*, 1884, n° 33.)

(2) SÆNGER. *Arch. f. Gyn.*, vol. XXIV.

d'une perte de substance même étendue, on peut encore y réussir grâce à la mobilité du feuillet pariétal. C'est un point de technique opératoire auquel M le professeur Laroyenne attache la plus grande importance, puisqu'il ne rentre même pas dans l'abdomen un pédicule de kyste de l'ovaire sans avoir suturé les bords du péritoine au-dessus de la surface sectionnée. Mais il est des cas cependant où la suture de la séreuse est impossible. Nous ne pensons pas qu'on doive tenter de combler la plaie par une greffe épiploïque; ce serait singulièrement compliquer une opération déjà longue et grave pour un résultat bien incertain. Il reste alors une plaie agissant, ainsi que le dit M. Pozzi, « comme double facteur : a) source de suintement; b) entrave au pouvoir normal de résorption ». Dans ce cas, il n'y a rien de mieux à faire que de chercher à rendre cette plaie extra-péritonéale en l'entourant d'adhérences, tout en la maintenant aseptique. Là encore, c'est le tamponnement qui est indiqué.

5° *Persistance de tissus septiques dans le péritoine.* — On trouve quelquefois des tumeurs si adhérentes, qu'il est presque impossible de reconnaître leurs limites. Pour les libérer, on est obligé de dédoubler leur paroi, et lorsqu'elles sont enlevées, il reste une sorte de sac formé par des tissus morbides. Dans d'autres cas, une trompe, par exemple, adhère si fortement au niveau du rectum ou des gros vaisseaux, qu'on craint en détachant les adhérences de déchirer ou de rompre ces organes importants; et

plutôt que de s'exposer à ce grave danger, on prend le parti de laisser une portion de la tumeur. Dans tous ces cas, dont il est inutile de multiplier les exemples, il reste dans le fond du bassin des tissus altérés, souvent septiques, en quantité plus ou moins considérable. Ces tissus vont sécréter des liquides dangereux. Suffit-il d'essayer de les conduire au dehors par un drain ? Nous ne le pensons pas, car les drains n'assurent pas suffisamment l'évacuation des liquides ; en outre, ce pourrait être dangereux, parce que les liquides sont obligés de traverser des parties saines du péritoine pour arriver à l'extérieur.

La véritable indication dans ces cas, c'est de rendre extra-péritonéaux ces foyers d'infection ; mais il y a plusieurs manières de la réaliser. Lorsque le sac restant est assez grand et assez souple pour que ses parois puissent être amenées au contact de l'incision abdominale, le mieux est de les suturer à cette incision, et c'est ce que tout le monde fait. Souvent le sac est trop petit pour pouvoir être réuni à la paroi abdominale, mais il est suffisant pour que ses bords puissent être amenés au contact l'un de l'autre. On peut alors les suturer l'un à l'autre, c'est ce que fait A. Martin ; alors il draine par le vagin la cavité extra-péritonéale qui est au-dessous de ces parois supprimées. Cette manière de procéder n'a peut-être pas reçu en France l'accueil qu'elle mérite ; il est encore impossible de se prononcer sur sa valeur. Lorsqu'il ne reste que des débris de tumeur, des parcelles qu'on ne peut traiter d'aucune des deux manières précédentes, le meilleur moyen de les isoler de la

cavité péritonéale, c'est encore de faire le tamponnement antiseptique.

6° *Présence dans le péritoine de foyers septiques.* — Nous parlons ici : a) de foyers sanguins en décomposition (infectés), foyers de sécrétions dont les fâcheux effets ne peuvent être empêchés par le pouvoir de résorption du péritoine affaibli, localement ou sur toute l'étendue de la séreuse; b) de l'éventualité possible d'une accumulation secondaire de sécrétions dont la décomposition et la résorption pourraient entraîner une intoxication septique; c) des cas où il s'agit d'isoler de la cavité abdominale des plaies creuses considérables sécrétant abondamment.

Les liquides septiques ont pénétré dans le péritoine; l'indication, c'est évidemment de les enlever, de faire une toilette aussi minutieuse que possible. M. Quénu (1) pense qu'en cas de rupture de poche purulente, le drainage peut suppléer au lavage. M. le professeur Poncet (2), à la suite d'une série de laparotomies pour rupture spontanée de kyste de l'ovaire dans le péritoine, conclut que dans les cas d'épanchement visqueux colloïde, comme M. Lair en rapporte plusieurs observations, il ne faut pas songer à faire la toilette du péritoine, qui d'ailleurs à son avis est impossible, mais qu'on devra compléter l'opération par un drainage méthodique de Mikulicz, et parfois en le combinant avec le drainage vaginal. M. le professeur Laroyenne ne partage pas sur ce point les

(1) QUÉNU. *Bullet. et Mém. de la Société de chirurgie*, 8 mai 1889.

(2) LAIR. Thèse de Lyon, juillet 1892.

idées de M. Poncet ; et dans des circonstances identiques, il se contente de nettoyer de son mieux le péritoine au moyen d'éponges aseptiques et de refermer de suite le ventre sans faire aucun drainage. Il s'est tailleurs toujours fort bien trouvé de cette manière de faire et n'a jamais eu à constater aucun accident consécutif.

7° *Déchirure de l'intestin.* — Lorsqu'on a déchiré l'intestin, il est bien tentant, après avoir fait la suture, de mettre de la gaze iodoformée qui, partant de cette suture, va sortir par la plaie abdominale. Cela est bien tentant parce que, évidemment, la mèche de gaze iodoformée ne peut empêcher la suture de réussir, et que, si cette suture vient à manquer, la gaze met à l'abri de terribles accidents. En effet, ce n'est généralement qu'au bout de quelques jours, deux ou trois au moins, que la suture lâche. A ce moment, la gaze a déterminé des adhérences ; et grâce à ces adhérences, au lieu d'une péritonite grave, il se produira seulement une fistule stercorale. Malheureusement, il n'est pas toujours possible d'arriver à ce résultat. Lorsque la suture est faite sur une portion mobile de l'intestin, le moyen serait tout à fait illusoire, car la gaze iodoformée ne pourrait suivre l'anse intestinale dans ses déplacements. Et même en général, toutes les fois que la suture siège sur une portion d'intestin bien saine, on peut se passer de ce drainage. Mais lorsque la déchirure et par suite la suture portent sur un intestin malade, sur le rectum, par exemple, déjà envahi par l'inflammation, lorsque les tissus malades font craindre un échec de la réunion,

n'est-il pas naturel de recourir à l'artifice en question pour diminuer les dangers de l'échec possible ?

8° *Péritonite*. — Lorsqu'il existe des foyers de pelvi-péritonite, il n'y a pas seulement nécessité de drainage ; il faut encore s'efforcer de limiter le champ d'invasion des matériaux septiques, favoriser, provoquer même la formation d'une inflammation protectrice sur les limites de la région infectée, de manière à faire pour ainsi dire la part du feu et à empêcher l'incendie septique de s'étendre hors d'un espace restreint où il sera facile de s'en rendre maître et de l'éteindre progressivement. C'est à cette indication que répond admirablement le tamponnement de Mikulicz.

Lorsqu'au lieu d'un foyer circonscrit de péritonite, on se trouve en face, au moment de l'opération, d'une péritonite généralisée, tous les chirurgiens s'accordent à considérer le drainage comme également indiqué.

9° *Ascite*. — Voici ce que dit Sebileau dans sa thèse (1) : « Lorsqu'on opère une tumeur abdominale accompagnée d'ascite, si cette ascite est une ascite légitime, si l'extirpation du néoplasme est facile, s'il n'y a pas d'adhérences, si la quantité de liquide est peu considérable, s'il ne reste pas dans l'abdomen de cavités profondes, anfractueuses, cruentées et aptes à suppurer, un nettoyage minutieux suivi d'un lavage

(1) Pierre SEBILEAU. « Des épanchements du péritoine dans les tumeurs de l'appareil génital interne de la femme », th. de Paris, 1889.

à grande eau suffit à assurer l'issue heureuse de l'opération. Dans tous les cas contraires, il faut drainer ». Labbé (1), sans distinguer davantage, recommande après l'ovariotomie de pratiquer le drainage péritonéo-vaginal toutes les fois qu'il existe une ascite dont on craint la reproduction.

Nous laissons de côté les cas où il existe « des cavités profondes, anfractueuses, cruentées et aptes à suppurer ». Ces cavités réclament le drainage, de leur propre fait, et il est bien clair que l'ascite n'est pas pour le contre-indiquer. Mais il s'agit de savoir si l'ascite est par elle-même une indication de drainage? Nous croyons qu'on ne peut pas répondre d'une manière absolue à cette question. Les ascites ne sont pas toutes de même cause, ni de même nature. Certaines réclament le drainage qui est inutile pour d'autres. C'est en étudiant la pathogénie des ascites qu'on arrivera à les distinguer avec précision. Ce qu'on peut dire pour le moment est sans doute très incomplet et très imparfait.

Atlée (2) divisait les ascites en trois groupes : 1° les ascites dépendant d'un obstacle à la circulation ; 2° les ascites dues à une irritation du péritoine ; 3° les ascites causées par une inflammation du péritoine. Pour être complet, il faut ajouter les ascites dues à la rupture des kystes ovariens et celles qui sont engendrées par la sécrétion externe des kystes, suivant le mécanisme indiqué par M. Quénu.

(1) Société de chirurgie, 8 mai 1889.

(2) ATLÉE. *Diagnosis of ovarian tumour*, 1872, p. 442.

Si l'ascite est d'origine mécanique, si elle est due à la compression des vaisseaux par la tumeur, si elle a été produite par la rupture d'un kyste ou par sa sécrétion externe, la tumeur enlevée, elle doit disparaître; aussi il nous semble que dans ces cas le drainage soit inutile. Si au contraire elle est due à une irritation et à une inflammation du péritoine, il est bon de drainer.

Au point de vue clinique, se rangeront sous les indications du tamponnement : de nombreux cas de salpingo-oophorectomie, en particulier quand il s'agira de pyosalpinx, d'abcès de l'ovaire, de pelvi-péritonite exsudative avec contamination du péritoine par du pus; hématoctèles intra-péritonéales; restes de tumeurs inextirpables; péritonite chronique; abandon de moignons utérins volumineux; déchirures et pertes de substances étendues du péritoine pelvien; beaucoup de cas de grossesse ectopique; cas de plaies creuses à la suite de l'énucléation de tumeurs intra-ligamentaires et rétro-péritonéales, en particulier du rein; ruptures utérines (1), appendicites (2), pérityphlites suppurées (3); après curage d'hématomes intra-ligamentaires, etc.

(1) BONNAIRE. *Arch. de tocolog. et de gynécol.*, mai-juin 1891.

(2) RECLUS. « *Trait. des appendicites* ». (*Bullet. de Soc. de chir.*, XVI.)

(3) VON MANDACH. *Correspondenz-Blatt für schweizer Ärzte*, n° 11, 1^{er} juin 1891.

CHAPITRE III

Inconvénients du « Mikulicz »

Malheureusement, toute médaille a son revers ; et le « Mikulicz », à côté de ses nombreux avantages que nous venons de passer en revue, présente quelques inconvénients. En effet, drainer, c'est renoncer aux bienfaits de la réunion immédiate, c'est-à-dire à la guérison rapide de la plaie chirurgicale, à une réaction inflammatoire locale presque nulle, à des cicatrices nettes, régulières, linéaires, souples, sans adhérences et le plus souvent exemptes de rétractions consécutives, enfin à l'absence de suppuration de la surface de section. Le drainage n'est donc en somme qu'une méthode de nécessité, traitement préventif de la suppuration consacré par la prudence des chirurgiens ; aussi, ne faut-il pas trop s'étonner que quelques opérateurs trop exclusifs, frappés d'une part des avantages de la réunion immédiate, d'autre part des inconvénients inséparables de toute méthode de

drainage, trop confiants aussi dans les moyens antiseptiques que nous avons à notre disposition, aient considéré le drainage quel qu'il soit, au moins comme inutile et l'aient attaqué vivement.

Nous abordons à ce propos la série des discussions nombreuses soulevées à la Société de chirurgie, pendant les années 1888 et 1889, au sujet de l'emploi du drainage. Ces différents débats, bien que pour la plupart ne portant pas spécialement sur la méthode du drainage que nous envisageons, nous intéressent néanmoins, car ils s'étendent à tous les procédés de drainage sans distinction, s'attaquant à son principe même ; c'est pourquoi nous n'avons pas cru inutile de les rapporter dans ce travail.

Dans la séance du 29 février 1888, Pozzi se déclare partisan du drainage capillaire du péritoine et en formule les principales indications. Bouilly, dans la même séance, conseille de supprimer généralement le drainage et de le remplacer par les lavages à l'eau bouillie ; ces lavages sont à la fois hémostatiques et antiseptiques, c'est ce que lui ont prouvé les nombreux résultats obtenus dans trente-sept laparotomies pour kyste de l'ovaire et pyo-salpynx. Il eut néanmoins recours cinq fois au drainage, mais dans les cas de salpyngites et de péritonites suppurées. Terrillon partage les conclusions de Bouilly.

Le 13 juin 1888, la question du drainage reparait à l'ordre du jour, à l'occasion du travail de M. Rohmer sur la suture primo-secondaire ou réunion primitive retardée. Ce procédé, dû à Jobert (de Lamballe) (1864) et préconisé par Kocher depuis 1882, consiste, pour

éviter le drainage, à ne lier les fils à suture qu'un certain nombre d'heures après l'opération et quand l'hémostase est assurée.

Dans la séance du 20 juin 1888, Trélat parle de la suppression du drainage et prétend qu'une plaie guérit à deux conditions seulement : 1° si elle est réellement aseptique ; 2° si elle est bien affrontée, et termine en disant : En d'autres termes, je marche dans cette voie qui conduit à la suppression du drainage.

Le 17 octobre 1888, à la Société de chirurgie, Galvani fait une communication ayant trait à la suppression du drainage et à la réunion immédiate. Il partage l'opinion de M. Trélat et réclame, comme ce chirurgien, les deux conditions indispensables, c'est-à-dire l'asepsie et l'affrontement exact.

Le 1^{er} mai 1889, Bœckel s'exprime catégoriquement et dit : « Pour moi, la question est aujourd'hui tranchée, je suis entièrement converti et absolument convaincu que le drainage est une *erreur chirurgicale*, presque un non-sens et que le pansement durable avec réunion immédiate peut être appliqué dans les traumatismes chirurgicaux graves les plus variés, *quel qu'en soit le siège*. J'en ai la démonstration éclatante dans une série de trente-trois opérations graves pratiquées dans ces derniers temps et toutes suivies de guérison. » Suit l'énumération de toutes ces opérations portant sur divers points de l'économie.

M. Segond prend part à la discussion et prétend qu'à la formule si concise et si parfaite de Trélat : *asepsie et affrontement*, il faut ajouter que la qualité de l'affrontement dépend avant tout de la

compression exercée par le pansement. Or, celle-ci doit être à la fois supportable et cependant suffisante pour effacer tous les espaces morts. Il complète donc la formule en lui joignant une troisième condition : 1° aseptie ; 2° affrontement exact ; 3° compression à la fois efficace et tolérable. Il termine en réprimant l'expression d'*erreur chirurgicale* et en disant qu'on n'a ni le droit de proscrire ni le droit de prôner systématiquement l'emploi du drainage. En nombre de cas, surtout dans les laparotomies, son usage s'impose comme une nécessité formelle.

M. Ollier s'avoue partisan, mais théoriquement, de la suppression du drainage ; c'est l'idéal vers lequel il faut tendre.

Reclus affirme que depuis 1887, à l'Hôtel-Dieu, il a supprimé le drainage et que la prétendue sécurité qu'on veut bien lui prêter est illusoire. Cependant il fait une remarque, et exige, avant de supprimer le drainage, qu'une compression énergique soit effectuée pour favoriser l'accolement des tissus et ne pas avoir d'espaces morts.

Berger, commentant les paroles de M. Ollier, dit que l'idéal à poursuivre, c'est bien la suppression du drainage et que cela n'est possible que dans les cas où il y a parfaite hémostase et parfait affrontement. Le drainage n'est qu'une sécurité contre l'insuffisance de l'antisepsie et de l'hémostase.

Bœckel se lève de nouveau et dit : « J'ai employé le mot d'*erreur chirurgicale* pour bien affirmer ma pensée ; ce terme est exagéré, j'en conviens ; *inutilité* est le mot propre. »

Mais le 8 mai 1889, la parole fut aux défenseurs du drainage.

M. Nicaise, parlant des avantages de celui-ci, expose qu'il a pour but d'éliminer, en dehors de l'exsudation surabondante des plaies, le suintement post-opératoire, et qu'il empêche ainsi toute formation de cavités dont l'action est d'éloigner l'une de l'autre les parois de la plaie et de nuire à leur adhésion.

Il ajoute que l'exsudat ne séjournant pas dans la plaie, il n'est pas exposé à fermenter, à devenir un bouillon de culture et à amener des complications locales ou générales. Il reste encore partisan du drainage.

Desprès, Kirmisson et Labbé sont de son avis.

Labbé rappelle les conclusions qu'il soutenait, le 7 décembre 1880 devant l'Académie de médecine et recommande, après l'ovariotomie, de pratiquer le drainage dans deux circonstances principales : 1° lorsqu'il existe une ascite dont on a lieu de craindre la reproduction ; 2° lorsqu'il existe des adhérences assez étendues qui nécessitent des déchirures amenant un suintement séro-sanguinolent toujours assez abondant.

Il ajoute que l'innocuité acquise, au drainage par sa combinaison avec la méthode antiseptique, permet de la généraliser à tous les cas où l'on n'est pas assuré de pouvoir sécher complètement la cavité abdominale.

Les idées de Labbé sont les nôtres. Rien de plus désirable que la réunion immédiate ; mais nous avons vu les chirurgiens s'accorder à reconnaître que pour que celle-ci réussisse, il lui faut réunir deux conditions

essentielles : 1° asepsie ; 2° suppression des espaces morts. Or, c'est précisément dans les cas où ces deux conditions sont irréalisables que nous recommandons le drainage. Il existe une différence entre les plaies plates, sans arrière-cavité, dans lesquelles la réunion immédiate est facile et les plaies anfractueuses. Pour celles-ci, « il est obligatoire, dit Le Dentu, de faire un bon tamponnement des parties profondes, de rapprocher immédiatement la peau et les parties sous-cutanées par des sutures disposées de façon que le tamponnement puisse être ultérieurement enlevé. En agissant ainsi, on obtient une cicatrice plus régulière et on parachève l'hémostase ».

Quels sont donc les inconvénients de ce drainage, sujet de tant de lutttes, et en particulier du drainage à la Mikulicz ? — Nous allons les passer en revue successivement :

1° Dangers de compression intestinale. — Le tamponnement de Mikulicz peut amener des phénomènes de compression intestinale, soit directement par le fait de sa seule présence, soit secondairement par suite des adhérences qu'il provoque. En effet, cette bourse de volume fort appréciable, bourrée de gaze assez fortement pour arrêter parfois une grave hémorrhagie, peut quelquefois comprimer les anses intestinales auxquelles elle se trouve accolée et gêner ainsi le libre cours des matières et des gaz. Comme, d'autre part, le contact de ces corps étrangers avec la séreuse péritonéale a pour effet de créer rapidement des adhérences, il peut se faire, si « le Mikulicz » est resté un

peu longtemps en place, que l'aplatissement provisoire d'une anse intestinale ou sa coudure ne devienne définitive par suite de production d'adhérences. Nous verrons plus tard comment on peut le plus souvent remédier à ce grave inconvénient.

2° On a reproché parfois au drainage-type de Mikulicz de ne pas assurer toujours parfaitement l'écoulement des liquides, dont une partie ne filtrerait pas au travers de la gaze. On voit en effet quelquefois, lorsqu'on retire la gaze, s'écouler brusquement une quantité assez considérable de liquide. Ce fait s'était déjà produit dans un cas de Kuster (1) et Mikulicz pense qu'il était dû à une faute de technique. D'après lui, la gaze iodoformée n'aurait pas été mise au contact de toutes les parties de la plaie, et la sérosité se serait accumulée dans un diverticule resté libre. En outre, l'orifice trop étroit aurait en quelque sorte étranglé la gaze et empêché la filtration du liquide. Il est possible que Mikulicz ait raison, et il faut certainement prendre soin, quand on a recourt au tamponnement, de porter la gaze au contact de toutes les parties cruentées, et de laisser l'orifice par lequel elle sort, assez grand pour qu'elle puisse y jouer librement et se gonfler en se gorgeant de liquide. Mais en prenant ces précautions, assurera-t-on toujours l'écoulement des sérosités épaisses? Quelques-uns craignent que non et jugent qu'il est prudent de mettre un drain au milieu de la gaze

(1) KUSTER, « Ueber eine besondere methode der Laparot-myotomie. » *Cent. f. Gyn.*, 1885, 41.)

(Pozzi). Toutefois, il est des circonstances où ce drain peut avoir un réel inconvénient : c'est lorsque le tamponnement est employé pour combattre une hémorrhagie en nappe. Si, dans ce cas, on mettait un tube par lequel le sang pourrait s'écouler, il est bien évident que le but hémostatique du tamponnement serait en partie manqué.

3° Un nouvel inconvénient consiste dans la difficulté que l'on a souvent d'enlever le tamponnement. La gaze introduite directement dans le ventre peut laisser pénétrer les bourgeons charnus à travers ses mailles ; d'autre part, elle n'empêche pas l'orifice par lequel elle sort de se rétrécir, elle ne le maintient pas à un calibre constant. Pour ces deux raisons, il est quelquefois difficile de la retirer, et il peut se produire, lorsqu'on l'enlève, une légère hémorrhagie. Pour ne pas s'exposer, pendant l'enlèvement des bandelettes de gaze, à des tiraillements fâcheux, Pozzi recommande de faire une marque distinctive aux différentes bandes, permettant d'ôter d'abord les plus superficielles, puis les plus profondes ; mais à notre avis, ce procédé est plutôt théorique que pratique. M. Fochier l'a appliqué et sans résultat satisfaisant, ce qui l'a fait complètement abandonner, du moins dans ce service.

4° Sænger (1), dans une communication au dixième Congrès international de Berlin, fait au tamponnement de Mikulicz le reproche suivant : la gaze placée à l'intérieur de la cavité péritonéale est vite saturée,

(1) SÆNGER. « Du drainage abdominal dans les laparotomies ». Communication au X^e Congrès international de médecine de Berlin.

tandis que celle qui se trouve à l'extérieur n'est que d'un médiocre secours. Or, il n'est pas possible, selon lui, de retirer la première sans faire exsuder les sécrétion dont elle s'était imbibée et qu'on laisse ainsi dans la cavité abdominale.

5° On a aussi reproché au Mikulicz la nécessité où l'on est de retoucher, au bout de quelques jours, à la plaie péritonéale, ce qui ne paraît pas compatible avec une antisepsie parfaite (Bouilly) (1). C'est pour ce motif que ce chirurgien préfère les tubes avec lesquels en 48 heures tout est fini et fermé.

6° Le drainage à la Mikulicz retarde la guérison définitive. En effet, la partie supérieure de la plaie abdominale se réunit par première intention ; la partie inférieure ne se réunit que peu à peu et la cicatrisation, pour être complète, demande trois ou quatre semaines, quelquefois beaucoup plus.

7° M. le professeur Laroyenne, qui a une très grande expérience non seulement du Mikulicz, mais encore des divers modes de drainage abdominal : tubes, mèches, etc., affirme avoir vu survenir, sauf peut-être chez deux ou trois, de l'éventration chez toutes les malades qu'il a opérées, et qui n'ont pas eu une occlusion complète de la paroi abdominale, par suite de la nécessité où l'on s'est trouvé d'employer une méthode quelconque de drainage. M. le professeur Fochier a également eu l'occasion de faire cette constatation. Cette éventration se produit au niveau de la

(1) Discussion à la suite de la communication de M. Pozzi à la Soc. de chirurg. — Séance du 29 février 1888.

portion inférieure de la plaie ; le plan aponévrotique de la paroi abdominale, par suite de l'interposition du tissu cicatriciel, ne pouvant se reformer. C'est au niveau de la ligne blanche qu'est le type de l'éventration post-opératoire, bien que quelquefois elle coïncide avec un relâchement antérieur des tissus. Dans ces cas, si l'on sectionne le sac de la hernie ventrale, on le trouve constitué par la peau, le péritoine et quelques brides cicatricielles distendues.

C'est donc dans un défaut de réunion de la couche musculo-aponévrotique qu'il faut chercher la cause de l'éventration consécutive au tamponnement de Mikulicz. Ne sait-on pas que c'est cette couche qui donne toute sa solidité à la sangle abdominale ? Le péritoine même épaissi, même largement adossé ne constitue qu'une barrière bien fragile, vite amincie et indéfiniment sujette à se distendre. Toutes les fois que la couche musculo-aponévrotique a été sectionnée, si la réunion n'a pas été parfaite, et dans l'espèce, la petite plaie que le tampon laisse à sa suite ne peut se réunir que par granulation, la cicatrice est par suite moins solide, dans ce cas, disons-nous, il en résulte un point faible. Nous l'avons vu d'une façon frappante chez une opérée de M. Gouilloud, par la section césarienne ; au seul point où la réunion était gênée par un drain existait déjà six mois après l'opération une volumineuse hernie.

C'est là sans doute une idée généralement admise, mais nulle part elle n'a été aussi nettement définie que par Gill Wylie (1). « La nécessité de rapprocher

(1) Gill WYLIE. « Ventral hernia caused by laparotomie ». (*Americ. J. of obstetrics*, 1887.)

les bords du péritoine semble généralement reconnue, mais la plupart des opérateurs méconnaissent entièrement le fait que l'épais fascia, qui sépare et réunit les muscles droits, qui forme leur gaine et constitue la ligne blanche, est en réalité le tendon des muscles abdominaux à direction transversale; que c'est ce fascia et non les muscles droits qui donnent aux parois abdominales leur résistance dans le sens transversal ». Or, dans la suture après la laparotomie et le drainage, le rapprochement spontané de ce fascia de la couche aponévrotique est gêné et ne peut être que secondaire. C'est pour obvier à cet inconvénient que quelques opérateurs ont conseillé et employé le « Mikulicz vaginal », cette manière de faire ayant l'avantage de fermer l'abdomen immédiatement d'une façon parfaite en drainant au point déclive et celui d'éviter les fistules abdominales.

8° En effet, au niveau de la portion inférieure de la plaie, à la suite du tamponnement, on note aussi la persistance de petites fistules qui n'ont souvent aucune tendance à la cicatrisation. Par ces fistules, il s'écoule une très petite quantité de liquide séropurulent; de temps en temps, l'orifice cutané se bouche, les sécrétions s'accumulent en arrière de l'obstacle, puis lorsqu'elles ont atteint une certaine pression, elles rompent la cicatrice; ces alternatives se reproduisent indéfiniment. Ces faits doivent s'expliquer par la persistance en arrière de la paroi abdominale d'un trajet plus ou moins long qui suit la direction générale du « Mikulicz ».

Ces deux complications (éventration et fistule) peuvent se trouver réunies chez une même malade; la situation est alors beaucoup plus grave; en effet, sous l'influence du développement de l'éventration, la fistule peut faire communiquer la grande cavité péritonéale avec l'extérieur, d'où la production d'une péritonite septique suraiguë, qui emporte la malade en quelques jours. Nous en donnerons pour preuve l'observation suivante que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Repelin et qui, vu son importance, mérite d'être citée *in extenso*.

OBSERVATION.

Repiquet (Françoise), 28 ans, corsetière à Lyon. Cette malade arrive dans le service de M. Laroyenne, présentant une éventration formant une tumeur volumineuse multilobulée, facilement réductible, siégeant au-dessus de l'ombilic; au niveau de l'éventration et un peu à droite de la ligne médiane, la peau est ulcérée sur une surface arrondie de 0,02 centimètres de diamètre environ; le péritoine est perforé et laisse échapper une petite portion d'épiploon, en même temps qu'un liquide séreux s'écoule de la plaie abdominale. Par moment, les anses intestinales font même hernie au niveau de la plaie.

La malade est dans un état général très grave; la face est pâle, les lèvres sont cyanosées, elle a une dyspnée marquée, de l'œdème des jambes et des pieds.

Elle nous dit que son éventration est déjà ancienne et date d'une opération antérieure, mais que l'ulcération de la peau ne date que de quatre jours.

Cette malade a été opérée, en effet, l'année dernière, par M. le professeur Fochier, pour un kyste dermoïde de l'ovaire gauche.

Voici son observation telle qu'elle a été prise à cette époque (1891). Réglée à 15 ans, toujours fort régulièrement et sans accidents; elle eut un premier enfant en 1887, il est bien portant, ainsi qu'un deuxième qu'elle eut il y a quatre mois, dans le service (clinique obstétricale). Mais depuis lors, elle se plaignait de douleurs dans le côté droit de l'abdomen ainsi que d'inappétence, et l'amaigrissement fut rapide.

Elle vit alors un médecin, qui lui dit qu'elle avait un kyste de l'ovaire et qui l'engagea à se faire opérer. Depuis son accouchement, les règles n'ont pas reparu, les douleurs sont intermittentes et le ventre n'a pas augmenté de volume.

Actuellement, on sent, par la palpation, une tumeur dure et mobile, de la grosseur d'un petit œuf d'autruche, située à l'hypogastre et un peu à droite, surtout dans sa partie supérieure, mais on la fait facilement passer à gauche de la ligne médiane.

La malade prétend que, auparavant, cette tumeur, qui paraît d'ailleurs formée aux dépens de l'utérus, était bien plus volumineuse que maintenant et qu'elle a toujours suivi une marche décroissante. La douleur a d'ailleurs également suivi une marche parallèle et l'appétit, qui était nul au début, paraît normal maintenant. Somme toute, l'affection paraît suivre une marche régressive progressive.

Au toucher, le col est un peu mou et adhérent à la tumeur, qui empiète sur les culs-de-sac antérieur et droit, il est mobile sur elle et transmet tous les mouvements qui lui sont communiqués par la palpation bimanuelle, et réciproquement.

Opération le 29 octobre 1891, par M. le professeur Fochier.
— Anesthésie à l'éther. Après désinfection de la région, incision de la paroi abdominale sur la ligne médiane. On tombe sur une poche que l'on ponctionne et qui donne issue à un liquide purulent d'odeur infecte, dont une partie coule dans le péritoine. C'est un kyste dermoïde; on le pédiculise, mais la formation du pédicule est accompagnée d'un écoulement de sang difficile à maîtriser. Suture et drainage de Mikulicz (suture à trois plans en surjet).

30 octobre 1891. — Purgation, selle longue à obtenir.

1^{er} novembre 1891. — On enlève deux mèches du « Mikulicz ».

23 novembre 1891. — Petit trajet de 0,02 centimètres au niveau du « Mikulicz ». État général très bon.

28 novembre 1891. — La malade quitte le service, malgré les efforts qu'on fait pour la retenir quelque temps encore.

Après son départ de la clinique obstétricale, la malade revient quelquefois à la consultation gratuite de M. Fochier. On note :

25 avril 1892, c'est-à-dire cinq mois après son départ, que la malade n'a pas eu ses règles depuis l'opération. Elle présente un utérus gros, qui remonte jusqu'à 0,15 centimètres au-dessus du pubis. Pas d'autres signes de grossesse.

Elle présente, au milieu de la cicatrice abdominale, une fistulette dans laquelle un stylet pénètre de 0,10 centimètres environ et se dirige du côté gauche de l'utérus.

La malade était enceinte à cette époque de quatre mois ; elle accoucha au mois de septembre 1892.

Plus tard, elle entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Roch, ayant une insuffisance mitrale et de l'albumine en assez grande quantité ; elle y fit un séjour d'un mois environ.

A sa sortie de l'hôpital, elle avait une éventration très prononcée ; en effet, quelques jours après son dernier accouchement, l'éventration avait fait son apparition ; la fistule persistait toujours et donnait continuellement issue à un liquide séro-purulent.

Au mois de novembre 1892, elle vint à la consultation de M. Fochier, où on lui conseilla alors vivement de faire opérer son éventration. La malade refusant, on lui ordonne une ceinture.

A son arrivée à la clinique gynécologique, le 19 décembre 1892, en présence de la gravité des symptômes, l'opération est immédiatement décidée.

Opération de l'éventration, le 19 décembre 1892, par M. le professeur Laroyenne.

La malade est endormie à l'éther, mais avec de grands ménagements ; désinfection de la région ; incision elliptique de la paroi abdominale au niveau de l'éventration ; le grand diamètre de ce lambeau elliptique présente une longueur de 0,10 centimètres environ, et le petit diamètre 0,05 centi-

mètres. Cette incision part de trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, pour se diriger vers le pubis. Au niveau de l'ombilic existe également une hernie, mais la cure radicale de la hernie ombilicale n'a pu être pratiquée, car on voulait opérer rapidement, à cause de la gravité de l'état de la malade.

L'incision comprend les différents plans de la paroi abdominale et s'arrête au péritoine; la peau et les aponévroses sont sectionnées à 1/2 centimètre environ de distance du collet du sac; le lambeau cutané est complètement enlevé. Les masses intestinales et épiploïques, qui se présentent faisant fortement saillie au dehors, sont refoulées; puis le sac péritonéal est saisi entre les mors d'une pince-longuette et sectionné.

Suture du péritoine au moyen d'un surjet en catgut; on place à la partie inférieure un petit drain en caoutchouc, à cause de l'infection.

La suture du plan aponévrotique est plus difficile, à cause du retrait considérable des aponévroses; quelques points séparés au catgut, et suture en surjet au catgut.

Suture de la peau en surjet au catgut. Pansement iodoformé et bandage de corps compressif.

20 décembre. — La malade a beaucoup de dyspnée; face pâle et lèvres cyanosées; œdème des jambes et des pieds. Pouls à 120, mais régulier.

Lait, ventouses scarifiées, papier moutarde, élixir parégorique.

21 décembre. — Même état; pas de douleur. Œdème de la main gauche. Infusion de 0 gr. 60 de poudre de feuilles de digitale. Pouls : 120, régulier.

22 décembre. — L'état s'aggrave; la malade ne comprend plus les questions qu'on lui pose. Pouls petit, à 130. Piqûre de caféine.

23 décembre. — La malade est sans connaissance.

24 décembre. — Mort à 6 heures du soir.

Autopsie le 26 décembre 1892, à 11 heures du matin.

Péritonite; liquide séro-purulent dans le bassin.

Cœur gros, pesant 750 grammes; hypertrophie, endocardite végétante.

Reins gros, congestionnés. Foie cardiaque. Poumons congestionnés.

Pas d'épanchement pleural.

Au niveau de l'ovaire droit, qui n'a pas été enlevé, petit kyste dermoïde de la grosseur d'un œuf de poule. Du côté gauche, on trouve le pédicule de la première opération. Pas d'ovaire.

CHAPITRE IV

Moyens de remédier aux inconvénients du « Mikulicz ».

En se plaçant au point de vue de la conduite ultérieure du chirurgien, il a paru utile à M. le professeur agrégé Condamin (1), de ramener à trois grandes classes les indications du drainage « à la Mikulicz ». Nous distinguons donc avec lui pour les besoins de notre étude :

- 1° Un « Mikulicz » de sécurité ;
- 2° Un « Mikulicz » de nécessité ;
- 3° Un « Mikulicz » hémostatique.

Il peut arriver qu'au moment de fermer la cavité abdominale on ait des doutes sur l'asepsie de son opération. Il s'est épanché dans le péritoine un peu de liquide sur la nature duquel on n'est point parfaite-

(1) CONDAMIN. *Province médicale*, 30 décembre 1893.

ment fixé. Bref, on éprouve une certaine appréhension à fermer complètement la cavité abdominale. Un léger drainage à la Mikulicz satisfait immédiatement l'esprit. Si au bout de 48 heures on n'a pas constaté de température ou de phénomènes anormaux, on enlève le tamponnement. C'est là ce qu'on peut appeler un *drainage de sécurité* ou de *sûreté*.

Est-il nécessaire dans ce cas d'employer « le Mikulicz » dans toute sa rigueur ? Nous ne le croyons pas. Aujourd'hui, la majorité des chirurgiens ou gynécologistes sont arrivés à employer un procédé mixte qui n'est ni celui d'Hegar et de Kehrer, ni celui de Mikulicz (1). Ils n'emploient pas le sac de Mikulicz, mais ils n'emploient pas non plus le tube d'Hegar. Ce procédé fort simple consiste à placer des lanières de gaze iodoformée dont une extrémité repose sur le point dangereux, dont l'autre sort par la plaie cutanée. Il n'est pas douteux que cette lanière de gaze agisse à la fois comme un drain par sa capillarité, comme antiseptique par l'iodoforme, comme isolant par les adhérences limitatrices qu'il détermine.

Nos maîtres, MM. Laroyenne et Fochier, se contentent souvent d'employer de simples lanières qui drainent suffisamment et qui ont l'avantage d'être plus faciles à enlever.

Dans d'autres circonstances, le drainage paraît absolument nécessaire parce qu'un kyste purulent ou un abcès s'est ouvert dans le péritoine au cours de

(1) PIKACEK. *Wiener med. Jahrbücher*, 1888.

l'opération. Il faut absolument isoler du reste de la cavité abdominale la partie qui a été contaminée. On fait alors ce que nous appellerons un « *Mikulicz* » de nécessité, qui devra rester en place un temps plus ou moins long.

Là encore, ce n'est pas « au Mikulicz » typique que l'on aura recours. Il sera souvent préférable d'appliquer une mèche d'un côté, une seconde mèche dans une autre direction, de façon à isoler différents points suspects à la fois. Ce serait compliquer singulièrement les choses que de vouloir placer un Mikulicz type dans chacune de ces directions, et faire courir au malade des chances beaucoup plus sérieuses de compression intestinale.

Enfin, on peut redouter une hémorrhagie, ou bien avoir à lutter contre une hémorrhagie en nappe déjà établie, et qui a résisté aux moyens hémostatiques employés d'ordinaire. C'est alors le cas du « *Mikulicz* » hémostatique qui, peut-être, est le seul qui doit toujours être appliqué dans toute sa rigueur et suivant toutes les règles précisées par son inventeur.

M. le professeur Fochier, qui a recours généralement aux simples bandes de gaze iodoformée dans les cas où il juge le drainage abdominal indispensable, reconnaît toute la supériorité du Mikulicz type dans les cas d'hémorrhagies. Avec de simples lanières, on tamponne tout aussi bien qu'avec le vrai Mikulicz l'ensemble de la surface cruentée ; mais on ne pourra, si l'on redoute une compression trop énergique sur l'intestin, diminuer cette dernière sans enlever la totalité de l'appareil, puisque le fond de la

plaie restera tamponné d'une façon tout aussi énergique, malgré l'ablation d'une ou deux lanières placées superficiellement.

Il est donc incontestable que le « *Mikulicz* » *hémostatique*, employé tel que l'a conseillé son auteur, réalise des avantages que les autres méthodes ne peuvent donner, et se montre surtout supérieur aux autres en ce qu'il permet de diminuer la tension du tamponnement, lorsqu'il est bien certain que l'hémorrhagie est arrêtée, et que d'autre part il y a lieu de redouter des phénomènes d'occlusion intestinale par compression.

Dans les cas de rupture d'adhérences étendues, sera-t-il nécessaire de faire le drainage « à la Mikulicz » dans toute sa rigueur ? Évidemment non. Celui-ci serait quelquefois même dangereux, car encore une fois, il faut toujours redouter la compression de l'intestin, et d'autre part ce que l'on cherche dans le cas que nous envisageons, ce n'est pas une compression, un tamponnement actif destiné à arrêter un suintement, mais plutôt un drainage qui permettra à la cavité péritonéale de se débarrasser des liquides exsudés. Or, on sait actuellement que la force aspiratrice par capillarité est largement suffisante, alors qu'elle s'effectue simplement par une mèche de gaze.

La rupture des adhérences étendues ne doit donc être reconnue comme une indication de Mikulicz complet, que si l'on redoute une hémorrhagie ; dans le cas contraire, on aura recours aux simples lanières de gaze iodoformée. Telle est la pratique habituelle de nos maîtres, MM. Laroyenne et Fochier. De cette

façon, on a également l'avantage de tourner la difficulté qu'il y a parfois dans le « Mickulicz » à bien porter la gaze au contact de toutes les parties suintantes. En effet, lorsque l'on pousse dans une direction donnée une des bandes de gaze comprises dans la bourse qui les contient toutes, de façon à l'amener au contact d'une portion de péritoine, on entraîne en bloc avec sa pince tout le tampon, et l'on a des chances de décompresser le côté opposé de la cavité abdominale, et de lui faire perdre contact avec les lanières.

Dans les cas de déchirures ou de pertes de substance du péritoine, là encore quelques mèches de gaze iodoformée feront aussi bien que le vrai « Mikulicz ».

Nous avons vu, et nous avons eu souvent à y revenir, que le tamponnement en bourse pouvait par lui-même ou par les adhérences qu'il provoque, amener des accidents intestinaux graves : persistance des douleurs, étranglement interne, qui ont beaucoup préoccupé les gynécologues. Aussi, croyons-nous qu'à la moindre menace de phénomènes d'occlusion, il faut enlever « le Mikulicz », surtout si un purgatif n'a pas réussi à amener une selle. On pourra, s'il s'agit d'un « Mikulicz hémostatique », se contenter d'enlever quelques mèches du centre de la bourse pour ne produire qu'une décompression progressive, ou même, tout enlever pour ne mettre qu'une simple lanière.

C'est aussi pour éviter ces accidents de compression intestinale que nombre de chirurgiens actuelle-

ment, au lieu d'employer « le Mikulicz type » avec tamponnement, font simplement usage de lanières de gaze iodoformée. Ce que nous venons de dire n'a évidemment rien d'absolu, et nous ne voudrions pas conclure qu'il faille toujours enlever le tampon après 48 heures. Il est bien certain que dans les circonstances où l'on fait usage du « *Mikulicz de nécessité* » et que celui-ci amène au dehors des liquides suspects, il ne faut pas se presser de l'enlever, surtout si la circulation intestinale paraît s'effectuer normalement. Bien au contraire, on s'exposerait à rompre quelques adhérences qui isolent un foyer de suppuration de la cavité péritonéale. Il semble même que dans tous les cas où l'on met un « *Mikulicz de nécessité* » il faille laisser celui-ci longtemps en place. C'est pour cette raison que nous croyons les simples lanières de gaze iodoformée préférables parce qu'elles n'exposent pas aux mêmes inconvénients que le tamponnement.

En enlevant le « *Miculicz* », on risque d'exprimer dans le ventre une partie des liquides infiltrés dans les mailles de la gaze. Pour y remédier, il faut, si l'on prévoit que le tampon restera longtemps en place, appliquer des mèches multiples, soit étagées les unes au-dessus des autres, soit en nombre plus considérable au niveau de l'orifice abdominal que profondément. Nous avons déjà dit ce que nous pensions, à la suite des résultats obtenus par M. le professeur Fochier, du procédé de Pozzi, qui consiste à distinguer par un fil spécial les diverses bandes de gaze, afin de savoir dans quel ordre on doit les retirer.

La gaze introduite directement dans le ventre peut

avoir laissé pénétrer les bourgeons charnus à travers ses mailles. Pour cette nouvelle raison, nous savons qu'il est quelquefois difficile de la retirer, et qu'il peut se produire, lorsqu'on l'enlève, une légère hémorrhagie. Avant de procéder à l'enlèvement, il faut donc avoir bien soin de passer avec précaution un doigt bien aseptique tout autour du sac, de façon à le décoller s'il y a lieu des adhérences qu'il peut avoir contractées à son pourtour; une fois cette précaution prise, on pourra enlever le « Miculicz » en toute sécurité, chaque lanière étant détachée isolément par de légères tractions dirigées dans tous les sens.

Hegar mettait la gaze iodoformée dans un tube de verre ou de caoutchouc. Par contre, M. Pozzi conseille, lorsqu'on fait le tamponnement avec la gaze iodoformée, de mettre un gros drain « qui sert pour ainsi dire de centre au tamponnement, et qui met à l'abri de toute rétention au-dessous de lui de liquide trop épais pour filtrer à travers la gaze ».

Que valent ces deux pratiques? Hegar, qui a eu le premier l'idée d'utiliser la force capillaire, se servait d'un tube volumineux dans lequel il mettait la surface absorbante. Il paraît qu'il a renoncé à son procédé et qu'il emploie maintenant les lanières de gaze sans tube. Il semble donc considérer le tube comme plus nuisible qu'utile. D'autres cependant continuent à se servir de son premier procédé.

Le procédé inverse, qui consiste à mettre non pas la gaze iodoformée dans le drain, mais le drain au milieu de la gaze, a-t-il des avantages? M. Pozzi le

pense et M. Routier (1) est du même avis. Le drain, dans ce cas, a pour but d'assurer l'écoulement des liquides qui ne filtreraient pas au travers de la gaze. Mais cet artifice qui, comme nous l'avons vu, peut en cas d'hémorrhagie présenter un grave inconvénient, devient inutile si on prend le soin de laisser l'orifice par lequel la gaze sort assez grand pour qu'elle puisse y jouer librement et se gonfler en se gorgeant de liquides.

Les éventrations plus ou moins accentuées, plus ou moins tardives que l'on voit apparaître quand on a dû mettre un tube ou un « Mikulicz » en place et laisser la plaie se fermer par seconde intention, méritent que les chirurgiens tendent de tous leurs efforts à les éviter. Ces éventrations post-opératoires, qui étaient autrefois relativement fréquentes quand on ne faisait pas la suture des différents plans séparément, ont disparu de nos jours, où l'on s'efforce surtout de bien adosser et de solidement réunir les lèvres de l'aponévrose de la ligne blanche.

Pour remédier à cet inconvénient du drainage, M. Laroyenne fait une suture primitive par seconde intention au moyen de fils d'attente. Cette méthode, qui appartient en propre à notre maître, mais que l'on peut rapprocher de la réunion primitive retardée de Jobert (de Lamballe) et de Kocher (2), a fait l'objet d'une publication de M. le Dr Fabre dans les *Annales de gynécologie* (3). Nous ne ferons que reproduire la description de M. Fabre :

(1) ROUTIER. Communication orale à M. Delbet.

(2) Voir page 40.

(3) Dr J. FABRE. *Annales de gynécologie*, octobre 1893.

« Le manuel opératoire très simple peut être varié au goût de chacun des opérateurs ; il faut seulement

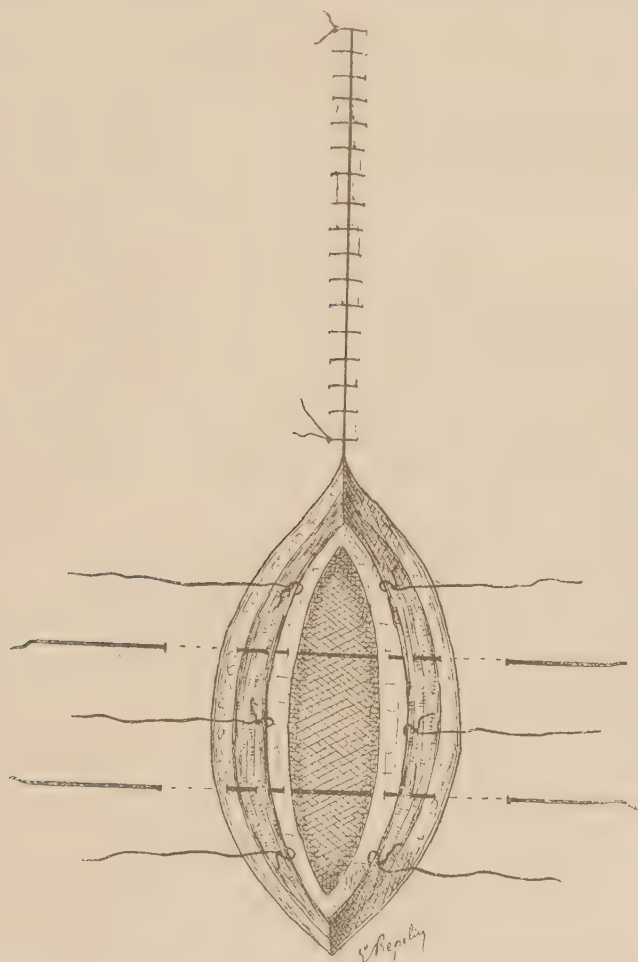


Fig. — Les fils métalliques sont représentés par les traits forts, les fils de catgut placés sur l'aponévrose ont été noués, un des chefs est coupé. Au moment où l'on serre ces fils, le rapprochement n'est pas aussi parfait que si le fil formait une anse complète, mais on évite ainsi la présence de nombreuses anses dans la plaie.

qu'on puisse se reconnaître facilement au milieu des fils laissés à demeure. Nous nous sommes servi de catgut chromique formant des points séparés sur les trois plans de la paroi. Le résultat obtenu a été parfait dans une suture secondaire faite au cinquième jour ; mais dans un autre cas où la suture était exécutée au huitième jour, quelques fils affaiblis par la résorption se sont rompus, rendant le résultat incomplet. Nous avons employé le fil métallique embrassant toute la paroi, la peau, l'aponévrose et très peu du péritoine, le résultat a été bon ; mais néanmoins M. Laroynne croit utile de compléter cette suture par des points séparés placés sur l'aponévrose ; pour éviter d'avoir trop de fils dans les parties de la plaie réservée au sac de gaze, on place des fils distincts pour chaque côté de la plaie. Ce sont ces fils qu'on noue deux à deux au moment où l'on se décide à enlever le drain, puis on tord les fils métalliques. Huit à dix jours après, il est impossible de distinguer la partie de la plaie qui a été réunie secondairement de celle qui a été cicatrisée par première intention.

« Par ce procédé, il est possible d'obtenir une réunion immédiate secondaire dans une laparotomie suivie de drainage, et une guérison rapide avec reconstitution d'une paroi à l'abri de l'éventration, comme si la réunion avait été exécutée dans toute la longueur de la plaie au moment de l'opération. »

Toutefois, comme ces résultats sont encore peu nombreux et trop récents pour permettre de juger des effets éloignés de cette méthode, nous laissons à d'autres le soin de publier plus tard des observations auxquelles le temps aura donné plus de poids.

Mais nous devons faire remarquer que l'emploi de ces fils d'attente est surtout indiqué dans les cas de « Mikulicz hémostatique » et de « Mikulicz de sécurité ». S'il s'agit d'un drainage qui doit rester très longtemps en place, comme lorsqu'il s'écoule du pus (Mikulicz de nécessité) et que l'on ait recours à cette méthode, on aura bien des chances d'être forcé d'enlever les fils, ou du moins ils pourront ne pas présenter tous les avantages que nous leur avons reconnus. Dans tous les autres cas, que l'on emploie le « Mikulicz type » ou bien les lanières de gaze iodoformée, il faudra placer des fils d'attente. De cette façon, on n'aura plus à redouter les complications que nous avons signalées au cours des drainages à « la Mikulicz, » et cependant on en retirera tous les avantages.

CONCLUSIONS

I. — Le drainage à la « Mikulicz » présente des avantages sérieux.

II. — Les indications de cette méthode sont les suivantes :

- 1° Hémorrhagies;
- 2° Adhérences étendues;
- 3° Déchirures ou pertes de substances du péritoine;
- 4° Persistance de tissus morbides et septiques dans la cavité abdominale;
- 5° Présence dans le péritoine de foyers purulents;
- 6° Déchirure de l'intestin;
- 7° Péritonite. — Ascite.

III. — On peut ramener à trois grandes classes les différents drainages et admettre :

- 1° Un « Mikulicz » hémostatique;
- 2° Un « Mikulicz » de sûreté;
- 3° Un « Mikulicz » de nécessité.

IV. — Le drainage à la « Mikulicz » présente les principaux inconvénients suivants :

- 1° Dangers de compression intestinale ;
- 2° Retard de la guérison définitive ;
- 3° Difficulté d'enlever le « Mikulicz » ;
- 4° Possibilité d'éventration et de fistules.

V. — On remédiera à ces inconvénients, soit en substituant les simples lanières de gaze iodoformée au « Mikulicz » typique, soit en enlevant de bonne heure celui-ci lorsqu'on a à redouter de la compression intestinale, soit en pratiquant la réunion immédiate par seconde intention au moyen de fils d'attente d'après la méthode de M. Laroyenne, dans le but de prévenir les dangers d'éventration et de fistules.

Vu, bon à imprimer :

POUR LE DOYEN,

L'assesseur,

G A Y E T.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,

E. CHARLES.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE.

LAROYENNE.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	5
CHAPITRE I ^{er} . — Historique du drainage péritonéal.....	7
CHAPITRE II. — Avantages et indications du tamponnement de Mikulicz.....	17
CHAPITRE III. — Inconvénients du « Mikulicz ».....	39
CHAPITRE IV. — Moyens de remédier aux inconvénients du « Mikulicz »	55
CONCLUSIONS.....	67

